Rok XLVI. Kraków, dnia 16. lutego 1907. Nr 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Myxoedema fruste (Hypoplasia gl. thyreoideae, nervi sympathici ac tractus genitalis)

opisał

prym. dr A. Krokiewicz.

(Z ryciną.)

(Dokończenie.)

Na dniu 28 maja wykonał prof. Dr. Ciechanowski w zakładzie anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego sekcyę naukową, a protokół oględzin zwłok opiewa:

Rozpoznanie anatomiczne: *Tuberculosis miliaris univ. (pulmon., renum., hepatis, lienis). Degeneratio caseosa cum emollit. gland. lymph. mediastinalium et bronchialium. Degeneratio adiposa renum, hepatis et myocardii. Pleuritis serosa dextra, ss. compress. pulm. d. Polysarcia adiposa capitis, colli, thoracis, abdom., extr. super. Halisteresis ossium. Infractio sterni. Degeneratio gelatinosa cartilaginum intervertebralium. Striae cutaneae copiosae et permagnae.*

Osobnik nizkiego wzrostu, ogólna budowa dość dobra; twarz i szyja jakby silnie nabrzękłe, wskutek znacznego zgrubienia tkanki podskórnej, podobnie tułów i kończyny górne, zwłaszcza barki, natomiast kończyny dolne, zwłaszcza golenie, są stosunkowo mniej zgrubiałe. Zgrubienie to tkanki podskórnej zależy od bardzo obfitej podściółki tłuszczowej; obrzęk surowiczy i to nieznaczny stwierdza się w tkance podskórnej tylko około kostek nóg. Na skórze widać szerokie bardzo, ostro kończące się smugi, podobne pod każdym względem do pręg u ciężarnych, tylko znacznie szersze (na brzuchu prawie szerokości małego palca). Smugi te widać przedewszystkiem na skórze dolnej części brzucha, gdzie leżą symetrycznie, rozpromieniając się palczasto od pachwin ku górze i wewnątrz. Podobnie szerokie symetryczne smugi znajdują się w obu okolicach barkowych i na górnej części klatki piersiowej, w okolicy sutków. Drobniejsze, ale liczniejsze smugi znajdują się na górnej części obu ud i górnej części obu ramion. Po rozcięciu powłok brzucha, smugi na brzuchu silnie się marszczą i zwężają. Zresztą skóra wogóle blada, plamy pośmiertne miernie obfite w miejscach zwykłych. Mięśnie słabo rozwinięte, zresztą bez zmian makroskopowych. Naczynia obwodowe: bez zmian. Stawy bez zmian. W kościach stwierdzono zmiany następujące: Mostek wogóle giętki i podatny. W połowie górnej trzonu mostka zupełne złamanie poprzeczne z przesunięciem odłamków, tak, że na przekroju podłużnym ma mostek kształt bagnetowaty. Oba odłamki ze sobą ściśle już zrośnięte. Pomiędzy trzonem a rękojeścią mostka stwierdza się nadmierną ruchomość. Żebra cienkie, niezmiernie kruche i dają się niezmiernie łatwo krajać nożem, podobnie jak to bywa w zmiękknieniu kości. Klatka piersiowa lekko zgarbiona. Miednica kostna bez zmian, kształtu prawidłowego. Kości długie kończyn kształtu prawidłowego; substancya zbita trzonów nie jest zmieniona, tylko w kości udowej na wewnętrznej jej stronie, od strony zatem jamy szpikowej, znajduje się pokład miękkiej substancyi gąbczastej, jakby nowo wytworzonej. Szpik kości długich soczysty, ciemnoczerwony. Kręgosłup: w części piersiowej jednostajnie łukowato silniej ku tyłowi wygięty; wogóle bardzo giętki i podatny. Chrząstki międzykręgowe w środku galaretowato miększe, części te na przekroju silnie się wypuklają; substancya kostna kręgów (trzonów) bez wielkiej trudności daje się krajać nożem.

Czaszka symetryczna, kości sklepienia prawidłowej grubości, w ogóle bez zmian. Opona twarda łatwo się od czaszki oddziela, gładka, lśniąca, w zatokach żylnych krew płynna i skrzepy pośmiertne. Opony miękkie cienkie, gładkie, lśniące, w miernym stopniu biernie przekrwione. Tętnice na podstawie mózgu bez zmian. Mózg: kształt, wielkość, zbitość i rysunek makroskopowo prawidłowe, mierne przekrwienie bierne. Komórki mózgowe wielkości prawidłowej, zawierają ciecz jasną; wyściółka cienka, gładka, lśniąca. Móżdżek: wielkości i kształtu prawidłowego: w półkuli prawej wybitniejsze bierne przekrwienie, zresztą zmian makroskopowych niema. Rdzeń przedłużony i most bez zmian. Przysadka mózgowa nie powiększona, makroskopowo niezmieniona.

Śródpiersie: gruczoły limfatyczne powiększone, tworzą przy rozdziale tchawicy pakiety miernej wielkości, — w kilku gruczołach całkowite zserowacenie z rozmięknieniem, w innych bądź rozlany naciek gruźliczy, miejscami serowaciejący, bądź liczne gruzełki prosówkowe. Grasica zanikła. W prawej jamie opłucnej obfita ciecz surowicza; w dolnych częściach obu opłucnych zrosty wiotkie. Opłucna prawa w częściach górnych nieco przyćmiona, zasiana gdzieniegdzie gruzełkami prosowatymi; lewa w częściach górnych gładka, lśniąca. Płuco prawe pomniejszone, w całości bezpowietrzne; wśród miąższu rozsiane we wszystkich częściach jednostajnie dość liczne gruzełki prosowate i guzki serowaciejące, dochodzące wielkości soczewicy; zresztą miąższ na przekroju gładki, ciemnoróżowy, bezpowietrzny, jędrny, za uciskiem wydziela nieco cieczy krwawej, bezpowietrznej, nie mętnej. Płuco lewe: wśród miąższu, podobnie jak w płucu prawem, rozsiane gruzełki i guzki serowaciejące, zresztą miąższ różowy, jędrny, powietrzny, dość suchy. Naczynia płucne bez zmian makroskopowych. Oskrzela: błona śluzowa bladoróżowa, gładka, cienka. Gruczoły oskrzelowe: po stronie lewej zmienione pylicowo; po prawej prócz tego znajdują się w niektórych ogniska serowate, po części rozmiękające. Gardło: błona śluzowa gładka, blada. Krtań: błona śluzowa gładka, blada. Tchawica: błona śluzowa bladoróżowa, gładka.

Gruczoł tarczowy symetrycznie rozwinięty, ale mały; na przekroju bez zmian makroskopowych.

Worek osierdziowy zawiera łyżkę cieczy żółtawej przeźroczystej. Osierdzie gładkie, lśniące; na nasierdziu kilkanaście punktowatych wybroczyn, rozrzuconych nieregularnie. Tkanka podnasierdziowa bez zmian. Serce: wielkości prawidłowej (nie jest niedokształcone). Mięsień sercowy: żółtawy, jędrny. Naczynia wieńcowe: bez zmian. Komórka i przedsionek lewy: skurczone, ściana prawidłowej grubości. Zastawki: bez zmian, cienkie, gładkie, lśniące. Komórka i przedsionek prawy: nierozszerzone, ściana grubości prawidłowej. Zastawki cienkie, gładkie, lśniące. Tętnica główna wązka, błona wewnętrzna gładka. Żyły główne bez zmian.

Jama brzuszna: cieczy wolnej nie zawiera. Otrzewna gładka, lśniąca, blada. Ułożenie trzew: prawidłowe. Tkanka tłuszczowa zaotrzewna i w obrębie sieci bardzo obfita. Śledziona powiększona w dwójnasób, miąższ ciemnowiśniowy, kruchy, zasiany mnóstwem gruzełków prosowatych, i większych, do wielkości soczewicy dochodzących, serowaciejących guzków. Nerki wielkości i zbitości prawidłowej; torebka cienka, łatwo daje się oddzielić, na powierzchni i w miąższu rozsiane gruzełki prosowate, rysunek zresztą utrzymany, kora zabarwiona żółtawo. Miedniczki bez zmian. Nadnercza prawidłowej wielkości, substancya korowa ciemno-brunatno-czerwona, substancya rdzeniowa żółtawa, soczysta, bardzo miękka. Trzustka bez zmian makroskopowych. Wątroba wielkości i zbitości prawidłowej, rysunek zra-

zikowy wogóle utrzymany, miąższ żółtawo zabarwiony, na powierzchni widoczne gruzełki prosowate. Woreczek i przewody żółciowe bez zmian. Przełyk bez zmian. Żołądek zawiera nieco treści płynnej, błona śluzowa pośmiertnie nadtrawiona. Jelita zawierają kał żółty, papkowaty, błona śluzowa bez zmian. Gruczoły krezkowe i zaotrzewne niepowiększone, bez zmian makroskopowych. Naczynia w jamie brzusznej, moczowody, pęcherz, bez zmian makroskopowych.

Części płciowe: macica wogóle mała, szyjka dwa razy dłuższa od trzonu, ściany macicy cienkie. Błona śluzowa różowa, cienka, we wnętrzu nieco śluzu. Jajowody bez zmian. Jajniki małe, dość twarde, z wrębami na powierzchni, zresztą bez zmian makroskopowych.

Rdzeń kręgowy bez żadnych zmian makroskopowych. Nerw współczulny odpreparowany na szyi po obu stronach, wydaje się zwłaszcza po stronie lewej szczuplejszy, zresztą makroskopowo bez zmian.

Pomijając przyczynę bezpośrednią zejścia śmiertelnego, które zostało spowodowane nie przez zapalenie rozsiane ogniskowe płuc i wysięki opłucnowe, ale przez gruźlicę prosówkową i wysięki opłucnowe, przypadek nasz zasługuje na szczególniejsze uwzględnienie tak ze stanowiska klinicznego, jak i anatomiczno-patologicznego, o ile stanowi niezwykły obraz chorobowy w następstwie zaburzeń czynnościowych gruczołu tarczowego. Klinicznie okazywał on pod wielu względami cechy przypominające obrzęk śluzowaty *(myxoedema)*, którego powstanie odnosić należy dopiero do początku 14. roku życia, t. j. do czasu, w którym chora zaczęła miesiączkować i pracować w szybie. Chora, do lat 14 zdrowa i należycie rozwinięta pod względem fizycznym i umysłowym, nagle pod wpływem urazu fizycznego t. j. podźwignięcia się w kopalni, zaczyna niedomagać; występują u niej zaburzenia odżywcze (troficzne) w postaci chudnienia kończyn dolnych, a grubienia nieproporcyalnego głowy, karku, szyi, górnej części tułowia, kończyn górnych, mniej brzucha, wypadania włosów — tudzież w układzie kostnym, objawiające się kruchością, łamliwością i większą podatnością kości (załamanie się mostka, wygięcie łukowate kręgosłupa ku tyłowi w części grzbietowej, trudności stania na nogach); równocześnie traci inteligencyę i niedołężnieje umysłowo. Wskutek znacznego obrzęku tkanki podskórnej na szyi nie można było za życia wyczuć gruczołu tarczowego. Natomiast oględziny pośmiertne stwierdziły obecność gruczołu tarczowego, ale gruczoł ten był mały, a więc niedokształcony. Również przy oględzinach pośmiertnych można było stwierdzić, iż zgrubienie głowy, tułowia w górnej części, kończyn górnych, karku i szyi polegało na znacznym rozroście tkanki podskórnej tłuszczowej (a nie śluzakowej), jakoteż można było stwierdzić zmiany w mostku (złamanie i zrośnięcie odłamków), w kościach udowych narastanie istoty gąbczastej od jamy szpikowej, — szpik soczysty, czerwony w kościach długich, odwapnienie kości *(halisteresis)*, zwyrodnienie galaretowate chrząstek międzykręgowych z następowem skrzywieniem kręgosłupa ku tyłowi, gdy kości czaszki i miednica kostna zmianom nie uległy. Zależnie od odwapniania się kości znajdował się w moczu obficie fosforan wapniowy zasadowy (kostny) obok śladów białka *(albumen)*. Hemialbumoz w moczu nigdy nie wykazano.

Obok powyższych zmian przypominających jakby charłactwo śluzakowe, zauważyć można było klinicznie i anatomicznie szereg zaburzeń odrębnych, a polegających na alteracyi nerwu współczulnego i nerwów naczynioruchowych, wraz z nim przebiegających, — a mianowicie: znaczne rozszerzenie naczyń włosowatych na skórze twarzy i kończyn dolnych, rozliczne i rozległe smugi i pręgi, po całem ciele rozrzucone, a okazujące niezwykłą symetryę ze względu na postać i usadowienie; zaburzenia ze strony innerwacyi serca w postaci nadzwyczaj przyspieszonej czynności serca *(tachycardia* — 180 uderzeń tętna na minutę) tudzież ujemne działanie leków sercowych a zwłaszcza naparstnicy na zwolnienie czynności serca; wreszcie niezwykła pobudliwość naczyniowa obwodowa. Przyczynę tych zaburzeń w znacznej części odnieść należy i do zmian w nerwie współczulnym, który według brzmienia protokołu anatomicznego po obu stronach szyi, a zwłaszcza po stronie lewej wydaje się szczuplejszy, aniżeli w warunkach prawidłowych, choć innych zmian makroskopowych i mikroskopowych nie okazuje.

Na uwagę zasługuje i niedokształt narządów rozrodczych, zwłaszcza macicy.

Wogóle w przypadku naszym uderza niedokształt, a więc wada rozwoju gruczołu tarczowego, nerwu współczulnego i narządu płciowego.

Rozpatrując rzecz dokładnie, musimy przyjść do przekonania, iż przyczynę zmian, powyżej opisanych w naszym przypadku należy, odnieść przeważnie do nieprawidłowej czynności gruczołu tarczowego niedokształconego, a poniekąd i do niedokształconego nerwu współczulnego. Dopóki osobnik nasz znajdował się w wieku dziecięcym, ten »za mały« niedokształcony gruczoł tarczowy, odpowiadał swemu zadaniu; skoro zaś z chwilą przekształcenia się osobnika, t. j. z chwilą wystąpienia miesiączkowania warunki ustroju się zmieniły, tenże gruczoł, powstrzymany w swym rozwoju, okazał się niedostateczny, aby mógł skutecznie działać i sprostać odpowiednio swemu fizyologicznemu przeznaczeniu. W następstwie tego wytworzyła się sprawa chorobowa, przypominająca bardzo obrzęk śluzowaty, zwany *myxoedema fruste*.

Podobne przypadki niedokształconego obrzęku śluzowatego, — ale nie do tego stopnia posunięte, — opisują Hertoghoe z Antwerpii i Ewald w Berlinie.

Bardzo ciekawy przypadek *myxoedema fruste* przedstawił Ewald na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Berlinie w dniu 12. grudnia 1900 r., dotyczący kobiety 40-letniej, pochodzącej z wytwornego towarzystwa. Była ona zawsze zdrową aż do zamążpójścia; wówczas przebywała jakąś chorobę kobiecą. Przed dwoma laty zauważyła brzęknięcie twarzy, zwłaszcza policzków i powiek; początkowo był i znaczny obrzęk rąk; równocześnie wypadanie włosów, nieznaczne zaburzenia w trawieniu, brak apetytu, bardzo wielkie znużenie; przypady nerwowe, jak ogólny niepokój, znaczne bicie serca, bezsenność, coraz większa apatya, sny trapiące i myśli prześladowcze, bole w członkach, zwłaszcza na grzbiecie, rychłe bardzo nużenie się po każdej pracy. Przy zażywaniu kołaczyków tyreoidynowych i pobycie w wysokich górach chora czuje się lepiej. Badaniem można było stwierdzić brak przesmyku *(isthmus)* i lewej połowy gruczołu tarczowego, gdy natomiast prawa połowa gruczołu tarczowego była utrzymaną. Tętno wynosiło 132; tony czyste, wymiary serca prawidłowe; drżenie rąk przy wyprostowywaniu, a nóg przy opuszczaniu; chora upada przy usiłowaniu stania na nogach. Brak objawów Gräfego i Möbiusa; bardzo słaby i nieznaczny *lagophtalmus*. Brak trzeszczów, brak znamion histeryi. Pobudliwość nerwowa prawidłowa. W moczu brak cukru i białka.

Niezwykły objaw chorobowy, a dotychczas nieopisany, stanowią w przypadku naszym zmiany naczynioruchowe w postaci rozległych symetrycznych smug i pręg ciemnofioletowych na skórze, jak i bardzo znacznie przyspieszona

czynność serca (tętno prawie stale dochodziło do 180 uderzeń na minutę), co odnieść musimy jużto do niedokształconego nerwu współczulnego, jużto do nieprawidłowego działania niedokształconego gruczołu tarczowego.

Nawiązując do najnowszych spostrzeżeń z zakresu fizyologii i patologii gruczołu tarczowego musimy zaznaczyć, iż przypadek nasz stwierdza najnowsze teorye, wygłoszone na ostatnim zjeździe monachijskim. Gruczoł tarczowy niedokształcony mógł sprostać swemu zadaniu, t. j. zniweczyć enterotoksyny, doprowadzone doń drogą naczyń krwionośnych, jak długo osobnik nasz znajdował się w wieku dziecięcym. Z chwilą pokwitania, a tem samem przekształcania się ustroju i zwiększania pobudliwości nerwowo-płciowej wskutek niedokształtu gruczołu tarczowego czynność jego okazała się niedostateczną i wystąpiła niedomoga czynnościowa gruczołu tarczowego, a tem samem zaczął się wytwarzać stan zwany »*hypothyreoidismus*«. Wówczas zaczęły pojawiać się objawy, przypominające jakby obrzęk śluzowaty (rozwój tkanki tłuszczowej, zaburzenia odżywcze, upośledzenie inteligencyi etc.), a zarazem skutkiem ustawicznego drażnienia nerwu współczulnego i zmiany naczynioruchowe. Ponieważ z powodu znacznego obrzęku na szyi nie można było za życia wyczuć gruczołu tarczowego (niedokształconego) i wobec tego podawano chorej tyreoidynę Mercka (po 0·3—0·4 dziennie), wytworzył się sztucznie stan »*hyperthyreoidismus*«, którego następstwem wobec niedokształconego nerwu współczulnego było tak znaczne przyspieszenie akcyi serca, ogólna zwiększona pobudliwość nerwowa, bezsenność i tak rozległe zmiany naczynioruchowe w postaci smug i pręgów symetrycznych na skórze. W ten sposób tłómaczy się i niekorzystne późniejsze działanie tyreoidyny.

Jako czynnik etyologiczny, w danym przypadku przyczyniający się do wystąpienia sprawy chorobowej, należy uważać i uraz fizyczny i ciężką kilkunastogodzinną pracę na dobę w szybie kopalnianym.

Piśmiennictwo. 1) Kongress für innere Medicin 1900. Berl. klin. Woch. Nr 20 1900. — 2) A. Holub: Zur Thyroideabehandlung des Morbus Basedowii und insbesondere seiner Kombination mit Myxoedem. Wien klin therap. Woch Nr 23. 1906. — 3) Lövenmayer: Vorstellung eines Falles von Myxoedem. Sitzung im ärztl. Vereine in Berlin v. 12. VII. 1899. Berl. klin. Woch. Nr 32. 1899. — 4) Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Munchen 1899. Berl. klin. Woch Nr 43. 1899. — 5) Ewald: Myxoedema fruste. Berl. klin. Woch. Nr 53. 1900. — 6) Die Erkrankungen der Schilddrüse, Myxoedem u Kretinismus von Prof. Ewald (Morbus Basedovii u. Myxoedem). Spezielle Pathologie u. Therapie von Nothnagel. XXII Bd. — 7) Hirschl: Wien klin. Woch. Nr 27. 1900. — 8) Ulrich: dto Therapeut. Monatsh. Nr 6. 1900; Kiljatschkin: dto Berl. klin Woch. Nr 26. 1901. — 9) Hertoghoe: Myxoedema fruste. Berl. klin. Woch. 1900. — 10) Walter Menke: Schilddrüse u. Myxoedem. Berl. klin. Woch. Nr. 51. 1898. — 11) Tost: Berlin. klin Woch. 1898. — 12) Konig: Berlin. klin. Woch. Nr 48. 1901. Demonstracya. — 13) Kassovitz: 74 Versammlung deuts. Naturforscher und Aerzte in Karlsbad. Berl. klin. Woch. Nr 39 1902. — 14) Pineles: ibidem. — 15) Ueber einen Fall von Thyreoaplasie (angeborener Myxoedem) u. uber den abnormen Tiefstand des Nabels bei diesem Bildungsdefekt v. Prof. Argutinsky in Kazań Berl. klin. Woch. Nr 35. 1905.

O białaczce i chorobach pokrewnych.

Podał

Dr E. Stahr.

(Ciąg dalszy.)

Wedle szkoły Ehrlicha towarzyszy białaczce prawdziwej, — mówię odtąd tylko o postaci limfadenoidalnej, — względna i bezwzględna limfocytoza, zaś białaczka rzekoma w tem jest tylko do białaczki prawdziwej podobna, że zawsze towarzyszy jej we krwi limfocytoza, ale tylko względna (relative Lymphocytose) t. z. wysoki odsetek limfocytów, chociaż na ogół biorąc, może limfocytów wcale nie być więcej, niż we krwi prawidłowej. Tą względną limfocytozą odróżniać się ma też ta właściwa białaczka rzekoma (*aleukaemia*) od postaci, tylko klinicznie do niej podobnych, ale w istocie swej odmiennych (*pseudoleuk. tbc.* Paltauf, Sternberg, *lymphosarcomatosis* Kundrat itp.).

Troje (Über Leukaemie u. Pseudoleukaemie. Deuts. med. Wochs. 1892) zwracał uwagę na wielkość śledziony. Zauważył on, że w białaczce rzekomej obrzęk śledziony bywa zwykle większy i twardszy, niż w białaczce prawdziwej (limfadenoidalnej). Badania późniejsze jednak dowiodły, że śledziony w białaczce rzekomej bywają większe i twardsze z powodu silniejszego zajęcia torebki i podścieliska, a nadto, że i w białaczce rzekomej trafiają się małe, miękkie obrzęki śledziony, a na odwrót i w białaczce prawdziwej obrzęki śledziony wielkie z zgrubiałą torebką i podścieliskiem nie należą też do nadzwyczajnych wyjątków. To samo można powiedzieć o gruczołach.

Benda[11]) podawał, że w białaczce prawdziwej w przeciwieństwie do białaczki rzekomej w ogniskach przerzutowych śródbłonek naczyniowy gwałtownie buja i tem tłómaczył przedostawanie się niezliczonych limfocytów do naczyń. Objaśnienie to i różnica później upadły. Borst (Würzburger Berichte XXXI. 1897) opisywał to samo bujanie i w białaczce rzekomej.

Ścisłego odgraniczenia, jak widzimy, nie dały nam ani spostrzeganie kliniczne, ani badania anatomiczno-patologiczne. Wobec tego nasuwa się samo przez się pytanie, czy też przejścia z białaczki rzekomej w białaczkę prawdziwą są możliwe?

Szkoła Ehrlicha uważa te dwie choroby za zupełnie różne sprawy, które mają tylko histologiczne podłoże wspólne.

Pomimo, że niewątpliwie wiele przypadków przejścia białaczki rzekomej w białaczkę prawdziwą są tylko pozornemi przejściami, a mianowicie zwykłemi białaczkami rzekomemi z przedzgonną limfocytozą (terminale Reizungslymphocytose), to jednak dokładne spostrzeganie przypadków białaczki rzekomej, które dostarczyło nam na pewno odpowiednich etapów w obrazie krwi, dowodzi, że przechodzenie białaczki rzekomej w prawdziwą jest z wszelką pewnością możliwe. Godzą się na tę możliwość Klein, Pappenheim, Türk i inni. Nie wynika z tego, żeby 1) każda białaczka rzekoma przechodziła w prawdziwą lub musiała przechodzić, albo żeby 2) każda białaczka prawdziwa wyszła z rzekomej, bo w pierwszym razie może stale w danym przypadku brakować warunków, czy może skłonności do białaczki prawdziwej, a w drugim razie może od pierwszej chwili zaistnieć wszystko, potrzebne dla powstania białaczki.

Türk (Ein System der Lymphomatosen. Wien. klin. Wochs. 1903), Schur (Ibid, Nr 5, 1903), oraz w naszej literaturze Stanisław Klein (Medycyna 1993: O rozpoznawaniu białaczki) opisują przypadki, dowodzące możliwości przechodzenia jednej sprawy w drugą. Raz na podstawie badania krwi musieli oni w swoich spostrzeżeniach rozpoznawać białaczkę rzekomą, raz prawdziwą.

Najdalej w tej sprawie idzie Klein (l. c. str. 694) i zdaje się zupełnie słusznie twierdzić, że »oba stany chorobowe, jako mające jednakowy obraz kliniczny, występujące na przemian u jednego i tego samego osobnika, przechodzące często niepostrzeżenie jeden w drugi, albo w pewnych okresach mało od siebie się różniące, stanowią jedno tylko cierpienie o rozmaitem, być może, tylko natężeniu czyli, że białaczka rzekoma limfadenoidalna (jak Klein mówi »limfatyczna«) jest zawsze i odrazu białaczką prawdziwą limfadenoidalną«.

Jakkolwiek jest, to jednak przyznać musimy, że wcale nie ma takiej granicy między obiema sprawami, jak to

[11]) Cyt. za Pappenheimem (l. c.).

utrzymywał Ehrlich, Pinkus i że przeciwnie wszystko przemawia za bardzo blizkiem obu spraw pokrewieństwem.

Mechanizm przechodzenia białaczki rzekomej w białaczkę prawdziwą (porównaj str. 8 i 9 Türk, Klein) nie jest dotąd jasno wytłómaczony.

Skoro możliwe jest przechodzenie jednej sprawy w drugą, muszą istnieć i postacie przejściowe. Otóż do takich postaci pośrednich między białaczką rzekomą limfadenoidalną (czasem z towarzyszącą myelocytozą), a białaczką prawdziwą limfadenoidalną należy zaliczyć przypadki, opisane przez L. Michaelisa[12]), Nekama[13]), Pappenheima[14]), Kleina[15]) i innych.

Czy w podobny sposób białaczka rzekoma myeloidalna lub też mięsak szpikowy *(myeloma)* może przejść w białaczkę prawdziwą myeloidalną, dotąd nic pewnego o tem nie wiemy. Przyszłość to rozstrzygnie, a, być może, na korzyść możliwości przechodzenia jednej sprawy w drugą.

Jeżeli nadto zważymy jeszcze, że udowodniono (Türk, Wilkinson patrz str. 14) istnienie przejść między białaczkowem bujaniem limfadenoidalnem i myeloidalnem, to musimy się coraz bardziej skłaniać do unitarystycznego patrzenia na wszystkie sprawy białaczkowe i białaczkowym podobne.

Wspomniałem już wyżej, że nieraz w toku zmian białaczkowych w śledzionie lub gruczołach spotykamy obok znacznego zgrubienia tkanki podścieliskowej także czasami nadzwyczajne zgrubienie torebki *(perisplenitis, periadenitis)*. Otóż w białaczkach prawdziwych i rzekomych szpikowych opisywano zmiany w kościach, nieraz wybitne, w postaci stwardnienia *(osteosklerosis)*. Opisywane zniekształtnienia kości są sprawą równoległą do sprawy w torebce śledziony lub gruczołów *(perisplenitis* lub też *periadenitis)* i zależą od przypadkowego silniejszego zajęcia okostnej. Stwardnienie kości w toku białaczki szpikowej prawdziwej opisał Heuck[16]), Schwach[17]), Jakoch[18]) i Schmorl[19]), a wśród białaczki rzekomej szpikowej Baumgarten[20]) i inni.

Niejednokrotnie mówiliśmy w tej pracy o przerzutach. Przerzuty też spotykamy bardzo często w białaczce prawdziwej i rzekomej limfadenoidalnej, co się da łatwo wytłómaczyć chociażby tem, że tkanka limfadenoidalna rozsiana jest już w warunkach prawidłowych prawie po całym ustroju (ubiquitär); natomiast przerzuty w toku białaczkowych bujań myeloidalnych spotykamy wprost wyjątkowo, bo tkanka myeloidalna ograniczona jest w warunkach prawidłowych do szpiku kostnego. (Zresztą jest to jeszcze pytanie, czy to są przerzuty w całem tego słowa znaczeniu, dość, że mówimy w tych chorobach o przerzutach).

Otóż co się tyczy przerzutów, — mówimy tu zatem wyłącznie o sprawach limfadenoidalnych, — to one są wśród białaczki prawdziwej (lub też rzekomej) sprawą wtórną, której tłem głównem jest owo samoistne bujanie tkanki limfadenoidalnej, toczące się głównie w narządach krwiotwórczych (gruczoły chłonne, śledziona, szpik). Przerzutami w tych chorobach nazywamy guzy limfatyczne *(lymphomata)* w wątrobie, nerkach, jelitach, skórze, a nawet okostnej. (Dok. nast.)

[12]) L. Michaelis: Über einer der Gruppe der leukaemieähnlichen Erkrankungen angehörigen Fall. Zeits. f. kl. Med. T. 45.

[13]) Nékam: Monatsh. f. pract. Dermatol 1891. Str. 625.

[14]) Pappenheim: Zeitsch. f. kl. Med. T. 52.

[15]) St. Klein: Ctrbl. f. innere Med. 1903. Nr 34 i 35.

[16]) Heuck: Zwei Fälle von Leukaemie mit eigentlichem Blut resp. Knochenmarksbefund. Virch. Arch. T. 78. S. 475

[17]) Schwarz: Ein Fall von Leukaemie mit Riesenzellenembolie und allg. Osteosclerose. Zeits. f. Heilk. XXII. Abt. f. pathol. Anatom. S. 294.

[18]) Jaksch: Multiple Periostaffektionen u. an myeloide Leukaemie mahnender Blutbefund. Ibid. Abth. f. innere Med. S. 259.

[19]) Schmorl: Leukaemie mit Ausgang in Osteosklerose. Münch. med. Woch. Nr 12. S. 537.

[20]) Baumgarten: Myelogene Pseudoleukaemie mit Ausgang in allg. Osteosklerose. Arbeit. aus d. path.-anat. Institut Tübingen. T. II. 1899. S. 499 (podane wedle Pappenheima, Sternberga i innych).

Oceny i sprawozdania.

O »chromaniu napadowem« *(claudication intermittente Charcot)* i pokrewnych cierpieniach.

(Sprawozdanie poglądowe.)

Napisał

Dr Adam Rydel.

(Ciąg dalszy.)

Ubiegły rok przyniósł dwa podobne, a bardzo pouczające przypadki. Pierwszy z nich zawdzięczamy Determannowi, drugi Erbowi.

Determann opisuje Rosyanina, liczącego 51 lat, który ani kiły nie przebywał, ani wyskoku nie nadużywał, natomiast palił tytoń niezwykle silnie i u którego były wybitne objawy neurastenii, powstałej pod wpływem nieszczęść i przepracowania. Od roku cierpiał ten chory na napady bicia serca, tudzież ziębnięcia stóp, połączone z mrowieniami. W krótkim czasie zaburzenia w krążeniu w stopach doprowadziły do zgorzeli paru palców, które też musiano odjąć. U chorego tego stwierdził Determann »chromanie napadowe« nietylko w obu kończynach dolnych, ale także i w prawej górnej, tudzież »chromanie« języka, a oprócz tego owrzodzenia tuż nad obojczykiem prawym, wywołane niewątpliwie przez miażdżycę naczyń. Już po kilku (10) minutach chodzenia pojawiało się zmęczenie, połączone z bolami i sztywnością, które tak silnie się wzmagało, iż w końcu chory tylko z największym wysiłkiem mógł się naprzód poruszać. Do zupełnej utraty władzy nie dochodziło, natomiast po $^1/_4$-godzinnym wypoczynku chód stawał się prawidłowym. Tętna grzbietowej tętnicy stopy i tętnicy piszczelowej tylnej nie można było wyczuć; w tętnicy podkolanowej było ono ogromnie osłabione. Siła prawej ręki zmniejszona (dynamometr 55 : 75). Jeśli choremu polecono wykonywać ręką pewne ruchy, n. p. na przemian zamykać i otwierać dłoń, lub nawracać i odwracać przedramię, to czynność ta, zrazu prawidłowo wykonywana, stawała się po kilku minutach coraz nieudolniejszą, aż wreszcie po 5—8 minutach stawała się wręcz niemożliwą. Podobne objawy, tylko słabsze, istniały i w lewej górnej kończynie. Wreszcie można było zauważyć już przy zwykłej rozmowie z chorym, iż po pewnym czasie wymowa stawała się coraz trudniejszą — do zupełnej utraty mowy jednak nie dochodziło. Przy badaniu ruchów języka w zwykły sposób nic nieprawidłowego nie można było znaleźć; jeśli jednak polecono choremu jedną i tę samą zgłoskę o językowej spółgłosce raz za razem szybko powtarzać, to występowały silne zaburzenia wymowy. Zbyteczna dodawać, iż zaburzenia te nie miały żadnego podobieństwa do niemoty (*aphasia*). Przypadek Erba odznacza się długą, bo trzechletnią obserwacyą. — Izraelita, 32 lata liczący, spostrzegł w dwa lata po przebyciu kiły pierwsze objawy »chromania napadowego«, które polegały na występowaniu przy chodzeniu uczucia gorąca w nogach, tudzież silnego zmęczenia. W rok później podobne przypadłości poczęły występować w lewem ramieniu. Badanie stwierdziło objawy miażdżycy, zmniejszenie się pocenia lewej stopy, wynik jednak badania promieniami Roentgena był ujemny. Leczeniem swoistem, bardzo energicznem, obok stosowania innych (powyżej wymienionych) środków uzyskano bardzo znaczną poprawę. Jednak w niespełna 3 lata choroba tak postąpiła, iż chodzenie stało się w wysokim stopniu utrudnione, a dłużej trwające ruchy lewą kończyną górną wywoływały bardzo silne osłabienie i bole. Tym razem tętna na stopie lewej i lewej kończynie górnej już nie było można wymacać, a na stopie prawej było ono bardzo osłabione.

Oto wszystkie przypadki, dotychczas znane, w których cierpienie, zupełnie podobne do »chromania napadowego«, pojawiło się także w zakresie innych narządów, a nietylko w kończynach dolnych; to też dla objęcia wspólną nazwą niewątpliwie tego samego cierpienia mimo różnego umiejscowienia, nazwa dotychczasowa: *claudication intermittente*, *intermittierendes Hinken* (Charcot) lub *dysbasia intermittens angiosclerotica* — nie wystarczała. Poczęto więc przypadki, w których były zajęte ramiona nazywać »chromaniem napadowem ramienia« (intermittierendes Hinken des Armes) lub też posługiwać się bardziej ogólnemi nazwami: jak *myasthenia paroxysmatica angiosclerotica* (Luxemburg), lub może najlepszą, podaną przez Determanna *»dyskinesia«* lub *»akinesia intermittens angiosclerotica«*. (C. d. n.)

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

F. Steinhaus. **Badania nad nowym gatunkiem drożdży, chorobotwórczym dla człowieka i zwierząt** (*Saccharomyces membranogenes*). (*Centr. f. Bakt. O.* t. 43, str. 49). Autor przypomina, że od czasu odkrycia Bussego w r. 1894, który stwierdził, że drożdże mogą wywołać ciężką chorobę u człowieka, zwróciły drożdże na siebie baczną uwagę. Przedewszystkiem jednak zajmowano się ich stosunkiem do nowotworów, a to głównie od prac Sanfelicego, znacznie zaś mniej jako przyczyną innych chorób u człowieka. Stwierdzono jednak, że drożdże mogą być przyczyną tak miejscowych (zapalenia błony śluzowej macicy, nosa, rogówki), jak i ogólnych spraw chorobowych u człowieka, które nieraz śmiercią się kończą. Spostrzeżenie autora dotyczyło dziecka, u którego w 5. dniu płonicy wystąpiły objawy dławca. Z powodu ciągle wzrastającej duszności wykonano w 21. dniu choroby tracheotomię, przy której wydobyto z tchawicy błonę, różniącą się wejrzeniem i zbitością od błony dławcowej. Dziecko nazajutrz zmarło; sekcyi nie robiono. Z owej błony otrzymał autor czystą hodowlę drożdży, a drobnowidowo składała się ta błona tylko z włóknika i z drożdży. Drożdże te były zwyczajnie okrągłe, wielkości ciałek nerwowych; przed pączkowaniem przybierały postać gruszkowatą. W starych hodowlach i w narządach zwierzęcych miały wyraźną otoczkę, w świeżych hodowlach nie. Rosły na wszystkich pożywkach, ale lepiej na kwaśno oddziałujących. Zakażenie zwierząt udawało się najłatwiej przez szczepienie do otrzewnej: myszy ginęły po 1, króliki po 6, a świnki morskie po 8—12 dniach. Zawsze zjawiała się w przebiegu choroby gorączka i duszność, często drgawki i porażenia, zwłaszcza odnóży tylnych. Króliki ginęły również stale po zaszczepieniu drożdży do żyły i po spożyciu z pokarmami dużej ilości hodowli drożdży. Porażenia, które występowały u królików, tłómaczy autor sadowieniem się drożdży w mózgu zwierzęcia. Autor podnosi, że należałoby zwracać więcej uwagi na tę grupę zarazków, niż się to dotąd czyniło.

R. Nitsch.

Van Gieson. **Pewna i prosta metoda badania układu nerwowego, a głównie jej zastosowanie w rozpoznaniu i badaniu tworów Negriego.** G. Sticker. **Odbitki narządów** (*Organabdrücke*) **zamiast skrawków.** (*Centr. f. Bakt. O.* t. 43, str. 205). Zdaniem obu autorów zamiast skrawków z narządów, wystarczy często zrobić odbitkę, czyli odcisk narządu na szkiełku i następnie zabarwić. Van Gieson zajmuje się wyłącznie układem nerwowym. Kawałek szarej substancyi, wielkości groszku, ugniata lekko szkiełkiem nakrywkowem i następnie przesuwa szkiełko nakrywkowe wraz z tkanką po szkiełku przedmiotowem. Taki preparat ustala w wyskoku metylowym kilka sekund i barwi 1—2 minut następującą mieszaniną: Nasycony alkohol. rozczyn rosanilin-fioletu 2 krople, nasycony wodny rozczyn błękitu metylenowego 1 kropla, wody przekroplonej 10 ctm.³. Barwik należy zawsze świeżo przygotować. Twory Negriego mają się przytem doskonale barwić. Sticker stosuje podobną metodę do wszystkich innych narządów, unikając jednak przesuwania tkanki po szkiełku, a tylko lekko przyciskając szkiełko do świeżego przekroju narządu lub naodwrót. Przed zabarwieniem n. p. błękitem lub fuksyną utrwala preparat w wyskoku lub nad płomieniem; albo też barwi go metodą Maya i Grünwalda, używaną do barwienia krwi. Wyniki mają być doskonałe. Metoda ta zawodzi jedynie tam, gdzie zawiele krwi lub surowicy zalewa powierzchnię przekroju narządu, lub też naodwrót, gdzie obfitość zbitej tkanki łącznej nie dozwala przylepić się do szkiełka przy lekkim ucisku żadnym histologicznym składnikom. *R. Nitsch.*

A. Di Donna. **Badania nad uodpornianiem zapomocą prątków wąglikowych i gruźliczych, zabitych światłem słonecznem.** (*Centr. f. Bakt. O.* tom XLII, 7, 8). Hodowla wąglikowa, świeża, bezzarodnikowa, naświetlana światłem słonecznem przez 8 godzin, nie zabija już królików, ale jeszcze niektóre świnki morskie. Autor szczepił króliki naprzód taką hodowlą, a potem hodowlami, naświetlanemi 6, 4, 2 godziny; wreszcie hodowlami świeżemi; przy takiem uodpornianiu jednak ginęło około 70 prc. królików na wąglik. — Do uodpornienia przeciw gruźlicy używał świnek morskich, samców, którym szczepił podskórnie około 1-miesięczną hodowlę jadowitych prątków gruźliczych, która przez wystawienie przez 8 dni letnich na działanie światła słonecznego stała się dla świnek morskich nieszkodliwą. Zaczynając zatem od hodowli 8 dni naświetlanych, szczepił autor potem w przerwach kilkotygodniowych hodowlami, naświetlanemi 6, 4 i 2 dni. Po każdem zaszczepieniu zjawiał się odczyn miejscowy w postaci nacieku lub ropnia i obrzęk gruczołów chłonnych, które zwolna ustępowały, przejściowy ubytek na wadze, niekiedy kilkodniowa gorączka. Świnki szczepione odrazu hodowlami naświetlanemi 4 i 2 dni, ginęły bez wyjątku na gruźlicę. Niestety i świnki tak uodpornione, że znosiły prawie bez szkody zaszczepienia 2 dni naświetlanej hodowli, zginęły na gruźlicę, gdy je autor zaszczepił wcale nie naświetlaną hodowlą. Autor podnosi, że jego doświadczenia zasługują na uwagę dlatego, że dotychczas nie udawało się wogóle uodpornić przeciw gruźlicy świnek morskich, uważanych, jak wiadomo, za najwrażliwsze ze wszystkich zwierząt na gruźlicę, oraz dlatego, że w dotychczasowych doświadczeniach nawet zabite prątki gruźlicze, szczepione zwierzętom, wywoływały po długim czasie ich śmierć z powodu charłactwa. Otóż światło słoneczne zdaje się w ten sposób zmieniać jady prątków gruźliczych, że czyni je nieszkodliwymi dla ustroju zwierzęcego. *Dr R. Nitsch.*

Löte. **Czy zarazek wścieklizny daje się przenieść na żaby?** (*Centr. f. Bakt. O.* t. XLII, p. 25). Aby rozstrzygnąć spór, czy żaby można zakazić wścieklizną, zaszczepił L. 73 żaby zarazkiem ulicznym, pochodzącym z psów lub człowieka, lecz szczepionym już pod oponę królikom w 20—77 pokoleniach. Z tych żab padło na wściekliznę 35, a to między 162 a 465 dniem po zakażeniu. Z 10 żab, zaszczepionych zarazkiem wścieklizny, pochodzącym z żab poprzednio padłych, zginęło 8 na wściekliznę między 272 a 428 dniem po zakażeniu. Jako cechy wścieklizny u żab podaje autor: długi okres wylęgania, ogromne wychudzenie i niedokrwistość, a niedługo przed śmiercią i porażenia. Że żaby te istotnie padły na wściekliznę, stwierdził autor przez szczepienia materyału z żab świnkom morskim i królikom. Ponieważ zwierzęta te padały potem na wściekliznę stosunkowo późno, przeto wnosi z tego autor, że zarazek wścieklizny u żab zostaje osłabiony. *R. Nitsch.*

Bleibtreu. **Wpływ gruczołu tarczowego na rozwój płodu.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 1, 1907). Znikanie tkanki śluzowatej pod wpływem podawania gruczołu tarczowego skłoniło Nerkinga do badania wpływu gruczołu na zarodki i płody. Stwierdził on, że podawaniem gruczołu matce wywołać można często poronienie, zanik płodu, a nawet tegoż wessanie. B. wykonał także badania na królikach i otrzymał podobne wyniki. Ciąża przebiega nieregularnie, płody rodzą się nieżywe, zanikłe, lub zwierzęta pozostają niepłodne. Podobne wyniki osiągnąć można przez naświetlanie promieniami Röntgena lub wstrzykiwania rozczynów choliny. Przyjąć należy, że naświetlanie i wstrzykiwania choliny działają rozpuszczająco lub czynnie na substancyę gruczołu tarczowego, a przez to pośrednio na płód. *Klesk*

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Czystowicz. **O znaczeniu płytek krwi Bizzozera w ostrych chorobach zakaźnych.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 45). By wyjaśnić znaczenie płytek krwi w ostrych zakaźnych chorobach, liczył autor ilość czerwonych i białych krwinek i płytek krwi w 2 przypadkach włóknikowego zapalenia płuc, w 1 — róży twarzy, w 4 — odry, w 1 — ropowicy gardła, w 3 — ospy naturalnej, w 7 — płonicy, i w 2 — błonicy. [Najlepiej zachowują się płytki w płynie Afanasjewa: *Natrii chlorati 0,6—0,8, peptoni Witte 0,6, aq. destillatae 100,0, methyl-violett 1: 100.000*]. Wyniki są następujące: 1) We wszystkich wspomnianych chorobach, oprócz płonicy, na szczycie gorączki ilość płytek Bizzozera jest zmniejszoną; w okresie opadania gorączki i ozdrawiania ilość ich zwiększa się. 2) W płonicy ilość płytek zwykle mniej lub więcej zwiększa się. Tylko w pierwszych dniach choroby ilość ich bywa albo prawidłowa, albo nawet zmniejszona, potem tem szybciej wzrasta. I w płonicy zatem zasadnicze zjawisko jest takie samo, a różnica jest tylko ta, że okres zmniejszenia się ilości płytek jest w niej bardzo krótki, a okres zwiększenia występuje bardzo jaskrawo. W jednym ciężkim przypadku płonicy ilość płytek spadła bardzo nizko. 3) Przy powikłaniach płonicy (zapalenie stawów, ropne zapalenie ucha środkowego), w których gorączka zaostrza się, ilość płytek czasowo się zmniejsza. 4) W błonicy zmniejszenie się ilości płytek bywa bardzo znacznie długotrwałe. 5) Wstrzykiwanie surowicy przeciwpaciorkowcowej lub przeciwbłoniczej nie odbija się bardzo na ilości płytek. 6) Między ilością białych ciałek i płytek żadnej zależności niema, jak również niema zależności między ilością płytek i czerwonych krwinek. 7) Z tego wszystkiego widać, że ustrój na każde zakażenie oddziaływa nietylko zmianą ilości białych krwinek, lecz i zmianą ilości płytek Bizzozera w ten sposób, że z początku następuje zmniejszenie się ich ilości, a potem, w okresie poprawy, zwiększenie. W wahaniach tych istnieje pewna pra-

widłowość i stałość, stąd wniosek, że płytki, podobnie jak białe krwinki, grają w chorobach zakaźnych pewną stałą rolę, związaną z okresem zwycięskiej walki ustroju, okresem rozwoju odporności, gdyż właśnie w tym okresie ilość płytek we krwi wzrasta i najprawdopodobniej płytki mają czynny udział w zjawieniu się we krwi różnych niweczników (antytoksyn, stymulin, agglutyniny itd.). *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Glaessner. **Przyczynek do patologii** *»polycythaemia rubra«* (*Wien. klin. Wochs.* Nr 49 1906). Dotychczas opisano około 30 przypadków tej choroby. Przypadek autora jest z tego względu ciekawy, że za życia można było rozpoznać *polycythaemia rubra cum splenomegalia et cyanosi*, a sekcya dała obraz prawdziwej krwistości (*plethora*). Etyologia była, jak zwykle, ciemna; wywiady stwierdzały przebycie kiły. Cała choroba (od pierwszych objawów, jak zaczerwienienie twarzy, uderzenia krwi do głowy, bóle głowy, aż do objawów końcowych w postaci obrzęków i zaburzeń w trawieniu) trwała dwa lata. Objawy były następujące: duża sinica błon śluzowych i skóry; obrzęk śledziony, zajmujący całe lewe podżebrze, nieznaczna rozedma płuc; duży białkomocz; powiększenie wątroby; krzepliwość krwi wzmożona; krwinek czerwonych ponad 10,000.000; liczba leukocytów prawidłowa, uderzająco nizki odsetek Hb., bo tylko 90% (Fleischl); ciężar właściwy krwi 1073; azot zawierała krew w ilości prawidłowej; ciśnienie (Gärtner) nie wiele różniło się od prawidłowego; ciepłota wahała się między 36·6—38·2; ilość dobowa moczu wahała się między 100—1000 cm³; punkt marznięcia krwi = —0·55°. Za szczególnie ważne uważa autor wyniki histologicznego badania śledziony i szpiku kostnego. W bardzo powiększonej śledzionie znaleziono zbitsze, bledsze wysepki, bardzo podobne do guzków gruźliczych; mikroskopowo nie stwierdzono jednak gruźlicy. W szpiku kostnym, silnie przekrwionym, stwierdzono drobnowidowo dużą ilość normoblastów; tem tłómaczy autorowi polycythemię; we krwi, rzecz dziwna, normoblastów nie było. Przez stwierdzenie zmian w szpiku kostnym zyskuje *polycythaemia rubra* na swoistych cechach i daje się przez to łatwiej odgraniczyć od spraw, przebiegających wśród podobnych objawów klinicznych. *Dr Pisarski.*

A. Fränkel. **Leczenie wysiękowego zapalenia opłucnej.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 1, 1907). W większości przypadków zapalenia opłucnej jest ból objawem, przeciw któremu czynnie wystąpić należy. Stosuje się środki kojące (*narcotica*) w małych dawkach wewnętrznie lub morfinę podskórnie; zmniejsza się przez to nietylko ból, lecz łagodzi także kaszel, który bóle wywołuje. Jeżeli morfina jest przeciwwskazana, to można skutek osiągnąć zapomocą okładów (Priessnitza), baniek suchych lub ciętych, lub zapomocą opatrunku uciskowego, ustalającego chorą połowę klatki piersiowej. Bardzo sceptycznie zapatruje się F. na takie leki, jak salicyl, środki napotne i moczopędne, w okresie wzrastania wysięku. Dopiero w okresie, kiedy wysięk sam zaczyna ulegać wessaniu, można liczyć na wspomagające działanie środków moczopędnych, pędzlowań lub wcierań środków wessanie ułatwiających. Skoro wysięk tak wzrośnie, że wystąpią objawy przemieszczenia serca, lub chorzy skarżą się niezależnie od bólów na trudności w oddychaniu, należy wysięk wypuścić. Za odpowiednią chwilę do tego zabiegu uważa Fränkel ten stan, kiedy stłumienie z tyłu sięga do grzebienia łopatki, a z przodu do III. żebra; wyczekiwanie, aż wystąpi wskazanie życiowe, uważa za niebezpieczne. Zanim się jednak do wypuszczenia wysięku przystąpi, należy zawsze wykonać nakłucie próbne, ono bowiem 1) pozwala dokładnie oznaczyć miejsce, w które ma być wbity trójgraniec; 2) wykrywa przyrodę wysięku; 3) już samo nakłucie próbne może dać bodziec do wessania się wysięku, dlatego po nakłuciu próbnem należy wyczekać 1—2 dni. Do nakłucia próbnego używa F. zwykłej strzykawki Prawatza lub Luera. Przy torakocentezie w użyciu są dwie metody: jedna polega na zasadzie zwykłego lewara, a przy drugiej płyn bywa z jamy opłucnej do próżni aspirowany (przyrząd Potaina). Przy wysiękach, zajmujących całą jamę opłucną, można wprowadzać trójgraniec, u chorego leżącego na wznak, pomiędzy linią sutkową a pachową przednią i to po stronie prawej w IV. międzyżebrzu, po lewej w V. Jeżeli wysięk sięga z tyłu wyżej, aniżeli z przodu, to nakłucie należy wykonać z tyłu w VI. lub VIII. międzyżebrzu. Ilość wypuszczanego płynu nie powinna przekraczać 2—2·5 litra, a wypuszczać należy z przestankami. Szybkie opróżnienie jamy opłucnej może wywołać nagły obrzęk płuc. Po wypuszczeniu pewnej ilości płynu reszta wysięku szybko się wchłania, o czem świadczy wzmożone moczenie. To wessanie można jeszcze zwiększyć przez podanie środków moczopędnych, jak *kali acet. 25 : 200, theobrom. natr. salicyl.* w dużych dawkach (4 gr. dziennie), naparstnicy, strofantusa; miejscowo można pędzlować nalewką jodową, lub wcierać maść jodową. Wypuszczenie płynu z jamy opłucnej nie jest niebezpieczne, a przypadki nagłej śmierci wskutek wstrząsu są niezmiernie rzadkie. Przeciwwskazanie istnieje tylko przy bardzo znacznych zmianach gruźliczych płuc lub przy nowotworach. Ponieważ po opróżnieniu jamy opłucnej z płynu powstają taśmowate zrosty, należy je przez odpowiednią gimnastykę oddechową rozciągać. *Pisarski.*

Fofanów. **W sprawie wydzielania soku żołądkowego u zdrowych ludzi.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 50). U zdrowych badał F. treść żołądka, 1) w godzinę po próbnem śniadaniu Ewalda, 2) w 10 minut po wypiciu naczczo 150³ ctm. *a*) wody lodowej, *b*) gorącej (75° C.) i *c*) ciepłej (20° C.), 3) po spożyciu naczczo środków nie wchłaniających się, lecz mechanicznie drażniących błonę śluzową żołądka (2 łyżki bardzo drobnych pigułek z węgla drzewnego), 4) po żuciu naczczo w ciągu 30 min. miękkiej gumy, przyczem badany w jednych razach ślinę połykał, w drugich wypluwał, 5) po podrażnieniu badanego zrana naczczo czemkolwiek smacznem, (w tym celu autor zjadał w obecności badanego ulubione przez niego potrawy), 6) to samo z tą różnicą, że badany następnie żuł smaczny kąsek, lecz śliny nie połykał, ale spluwał. Wnioski autora są następujące: 1) Największą ilość wolnego kwasu solnego i największą trawienną siłę posiadała treść żołądka po drażnieniu badanego smacznem jadłem bez różnicy, czy badany żuł kąsek, czy nie. 2) Na drugiem miejscu stoi treść żołądkowa po wypiciu wody lodowej. 3) Na trzeciem miejscu treść po próbnem śniadaniu Ewaldą. 4) Ciepła, a jeszcze bardziej gorąca woda, wywołuje słabe wydzielanie soku żołądkowego, który zawiera wolnego kwasu solnego 5 razy mniej, niż sok żołądkowy, otrzymany po wypiciu wody lodowej. 5) Akt żucia sam przez się wywołuje wydzielanie soku żołądkowego, zawierającego mało wolnego kwasu solnego i o słabej trawiennej sile. 6) Jeszcze mniej kwasu solnego wolnego zawierała treść żołądka przy połączeniu żucia z połykaniem śliny. 7) Mechaniczne podrażnienie błony śluzowej żołądka (pigułkami z węgla) nie wywoływało wydzielania soku żołądkowego. 8) Po próbnem śniadaniu Ewalda, a tembardziej po próbnym obiedzie Leubego może odsetek kwasu solnego w soku żołądkowym być różny, zależnie od sposobu spożycia ich: im dłużej je spożywano, im więcej przytem wykonano ruchów żujących, tem większy odsetek kwasu solnego i tem większą trawienną siłę posiada sok żołądkowy. Praktycznie najlepiej bułkę (śniadanie Ewalda) podzielić na 4 równe części i na spożycie każdej części użyć 8 żujących ruchów, co stanowi 32 żujących ruchów i 4 (razem z wodą) połykających. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Pedyatrya.

Grüner. **O wpływie soli kuchennej na obrzęki u dzieci.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1906, XI). Do niedawna nie przypisywano chlorkowi sodu w patologii żadnego znaczenia. Nowsze badania, równocześnie prawie podjęte we Francyi, na Węgrzech i w Niemczech, stwierdziły niewątpliwie związek między zatrzymaniem chlorków, a powstawaniem obrzęków. Związek ten tłómaczy się prawem biologiczno-osmotycznem, na mocy którego ustrój wśród wszelkich warunków stara się zachować stałe stężenie drobinowe swych soków, czyli pozostać w osmotycznej równowadze. Pierwotne zatem zatrzymanie chlorków wywołać musi zatrzymanie odpowiedniej ilości wody, potrzebnej do rozcieńczenia tych chlorków do roztworu izotonicznego (fizyologicznego) i odwrotnie zatrzymanie pierwotne wody musiałoby wywołać w następstwie zatrzymanie chlorków (właściwie wogóle drobin stałych, inne sole jednak mają wobec chlorków niewielkie znaczenie). Doprowadzaniem znacznej lub przeciwnie bardzo skąpej ilości soli w pokarmach można też, jak udowodnili Widal i jego uczniowie, wpływać bardzo wybitnie na obrzęki i to tak przy obrzękach na tle chorób nerkowych, jak i sercowych. Wprowadzają też oni zasadę dyety bezsolnej lub bezchlorkowej (właściwie zawierającej mało soli lub chlorków) do leczenia obrzęków. Wyniki badań autora usprawiedliwiają tę zasadę w całej pełni.

Najzupełniejszą równoległość między pozbywaniem się nagromadzonych chlorków i ustępowaniem obrzęków stwierdził G. w pierwszym ze swych przypadków, u dziewczyny 13-letniej ze zwężeniem i niedomykalnością zastawki dwudzielnej w stanie niewyrównania. Przy dyecie bezchlorkowej stracił ustrój w kilkunastu dniach 49 gr. chlorku sodowego i 5700 płynu opuchlinowego (spadek ciężaru ciała). Obrzęki wydzielone zatem zostały w roztworze izotonicznym. Dodanie 10 gr. NaCl dziennie do

dyety wywołuje zatrzymanie około 20 gr. NaCl w ciągu 5 dni i wzrost ciężaru ciała (obrzęki) o 20 klgr. Dyeta bezchlorkowa znów potem wywołuje spadek stanu chlorków i ciężaru ciała, dyeta zwykła wznoszenie się ciężaru, któremu jednak można było przeciwdziałać zapomocą środków sercowych.

Zawilej przedstawiają się te stosunki w następnych spostrzeżeniach, tyczących się rozmaitego rodzaju zapaleń nerek. Równoległość między zatrzymywaniem i pozbywaniem się chlorków i wody niezawsze jest zupełną, najwięcej jeszcze w przypadkach drugim i szóstym (zapalenia ostre). W przypadku trzecim (14-letni chłopiec z zapaleniem śródmiąższowem bez obrzęków) dyeta bezchlorkowa wywołała szybkie wydzielanie chlorków bez odpowiedniego opadania ciężaru ciała tak, że trzeba tutaj przyjąć »zatrzymanie chlorków suche« (»retention chlorurée sèche«), stwierdzone już przez innych autorów przy tym rodzaju cierpienia. W przypadkach 4. i 5-tym (zapalenie miąższowe przewlekłe) podawanie soli wywoływało szybki wzrost krzywej stanu chlorków i ciężaru ciała, a dyeta bezchlorkowa, zastosowana następnie, wywoływała tylko bardzo nieznaczne opadanie, co świadczyłoby o wysokiego stopnia niedomodze wydzielniczej nerek i byłoby złym znakiem prognostycznym. Ostatnie dwa spostrzeżenia tyczą się osesków i dowodzą, że także przy nerkach zdrowych można spostrzegać, lub doświadczalnie przez podawanie soli wywołać zatrzymanie chlorków, a z niem zatrzymanie odpowiedniej ilości wody.

Zatrzymanie chlorków jest niewątpliwie w przeważnej liczbie przypadków pierwotnem, zatrzymanie wody następowem. Przez próbne podanie większej dawki chlorków można stwierdzić u chorych na nerki opóźnienie wydzielania, lub nawet niemożność wydzielenia nadmiaru wprowadzonego (przypadki autora 4. i 5-ty). Zatrzymanie chlorków wywołuje zwiększone zagęszczenie drobinowe krwi i tkanek, stąd przyciąganie wody i ograniczenie wydzielenia wody głównie przez skórę i płuca, a w końcu wytworzenie się obrzęków.

Działanie dyety bezchlorkowej polega po części na tem, że pozwala ona nerkom wypocząć, poczem stają się one zdolne do nowych wysiłków, głównie jednak na tem, że warunki pracy nerek są o wiele korzystniejsze. Teoretycznie można bowiem przyjąć, że nerka wykonuje najmniejszą pracę, wydzielając jako mocz rozczyn soli, jak on się znajduje w osoczu krwi, t. j. 6‰. Otóż przy wydzielaniu 1000 gr. moczu, a wprowadzaniu w pokarmach 10 gr. NaCl, nastąpi wtedy zatrzymanie 4 gr. NaCl; przy wprowadzaniu tylko 1 gr. NaCl pozbycie się 5 gr NaCl, jeżeli przypuścimy, że nerka utraciła zupełnie zdolność wydzielania innego rozczynu.

»Bezchlorkowa« dyeta składa się z mleka (zawiera 1·7‰ chlorków) i potraw mlecznych, legumin i chleba, wypiekanego bez soli i podawanego z masłem lub miodem, ziemniaków z masłem, owoców (pokarmy roślinne zawierają tylko dziesiętne ‰ chlorków). Widal dozwala przy zapaleniach nerek podawać mięso, przyrządzone bez soli. *Lewkowicz.*

Jehle. **Spostrzeżenia przy epidemii grypowej, wywołanej przez ziarenkowca nieżytowego** (*micrococcus catarrhalis*). (*Jahrb. f. Kinderh.* 1906, XI). Objawy polegały prawie wyłącznie na gorączce; wybitnych objawów nieżytowych nie było. Epidemia obejmowała 5 osesków, umieszczonych na jednej sali i zakażających się dłuższy czas wzajemnie tak, że każdy przebył chorobę kilkakrotnie. W śluzie jamy nosowo-gardlowej stwierdzono ziarenkowce nieżytowe. Epidemia została przerwaną przez wkraplanie pyocyanazy do nosa wszystkim dzieciom, po 5 kropli do każdego nozdrza. *L.*

Flesch i Schossberger. **O zmianie neutrofilnego obrazu krwi w okresie wylęgania odry.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1906, XI). Obraz ten (Arneth) jest przesunięty na lewo na kilka dni przed pojawieniem się objawów nieżytowych. *L.*

Holwede. **Zgorzel przy odrze.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1906, XI). Na 59 przypadków, leczonych w szpitalu, zgorzel rozwinęła się w 6: trzy razy zgorzel sromu u dziewcząt, dwa razy zgorzel migdałków, raz zgorzel odbytnicy. Dzieci należały do warstwy ubogiej; temu nie można jednak przypisać rozstrzygającego znaczenia, ponieważ w poprzednich epidemiach nie spostrzegano zgorzeli wogóle. Należy zatem przyjąć szczególny charakter epidemii. *Lewkowicz.*

Sacher Masoch i Masochizm.

Szkic literacko-psychiatryczny według collegium publicum.

Skreślił

Prof. Dr L. Wachholz.

(Ciąg dalszy.)

II. Twórczość Sacher-Masocha.

Bogaty dorobek literacki Sacher-Masocha wywołał przez swój odrębny choć jednostajny kierunek i cel nader liczne i przychylne i wrogie oceny. Nie brakło i entuzyastycznych, lecz mimo to nie zdołał on porwać ogółu, odwracającego się raczej od jego utworów, jako od płodów, uderzających już nawet laika znamionami czegoś nieprawidłowego, chorobowego. Dzięki tym cechom jest Sacher-Masoch w chwili obecnej poczytny, ale w rzędzie tych, którzy są mu blizcy rodzajem pożądliwości.

We wstępie do drugiej części swej »Spuścizny po Kainie«, objętej napisem »Własność« zestawia on ważniejsze oceny swych poprzednich utworów. Z dumą powiada, że zaliczono go z Ryszardem Wagnerem i Bismarkiem »do najbardziej znienawidzonego, lecz i do zażywającego największego rozgłosu niemieckiego trifolium«. Krytyka francuzka wita w nim zaranie realizmu na Wschodzie słowiańskim. Niemieccy krytycy dopatrują się w utworach jego rysów właściwych Balzacowi i Chopinowi(!), lub trafniej pierwiastków, które w filozofii przedstawia Schopenhauer i Hartmann, w naukach przyrodniczych Darwin, w historyi Buckle. Porównują go z Hamerlingiem, o ile obaj śmiało uznają zmysłowość za główną sprężynę w ludzkiem życiu. Lecz mimo tych zaszczytnych porównań nie brak także zarzutów, że nie opisuje uczuć, lecz je sekcyonuje, że ocenia życie ludzkie i naturę ludzką przez szkła pessymizmu, że maluje sytuacye niemoralne, nie nadające się do literackiego opracowania. Ten ostatni zarzut stara się on zbić zdaniem Schopenhauera: »Poeta może opiewać tak dobrze lubieżną rozkosz, jak i mistykę. Nikt nie może poecie nakazać, że ma być szlachetnym i wzniosłym i moralnym... Jest on zwierciadłem ludzkości i przynosi jej to, co ona czuje...« Zdanie Schopenhauera jest słuszne, lecz z tym łatwo zrozumiałym dodatkiem, że poecie nie wolno być w przedstawieniu zmysłowości ludzkiej jednostronnym, brutalnym i tak rubasznie ścisłym, jak nim może być badacz naukowy tej zwłaszcza zmysłowości, która wkracza lub wyłącznie już zamyka się w dziedzinie zboczeń chorobowych. A zarzut jednostronności, brutalności i rubasznej ścisłości w opisie zboczeń życia płciowego musi całkiem słusznie spotkać autora. Utwory jego przenika jedna myśl, jeden problem—zmysłowość—i to nie prawidłowa lub w różnej przejawiająca się postaci, lecz przeważnie jedna i ta sama t. j. ta, jaką czuł sam autor i jemu podobni.

Jak słusznie podnosi Schlichtegroll, stwarza Sacher-Masoch w licznych swych utworach stale dwa tylko ludzkie typy, t. j. w pierwszym rzędzie »kobietę okrutną, lubieżną, chciwą władzy« i w drugim dopiero rzędzie »ulegającego jej i więcej w znoszeniu cierpień niż w działaniu silnego mężczyznę«. Dziwnym zbiegiem okoliczności, jak się wyraża Schlichtegroll, uczynił jego nazwisko głośnem w nauce lekarskiej nie ten pierwszorzędny typ algolagnicznej kobiety, lecz owszem drugorzędny typ biernego algofilicznego mężczyzny. I w istocie tak jest. We wszystkich niemal utworach jego uderza nas przedewszystkiem chorobliwy typ »*virago*«, typ wampira kobiety, lecz inaczej nie mógł on postąpić, jeśli chciał stworzyć typ drugi, typ uległego, biernego mężczyzny. Bierność i podporządkowanie może się tylko uwydatnić przez przeciwstawienie im aktywności i despotyzmu, a jednostajność w przedstawianiu tylko biernego i podporządkowanego kobiecie typu męskiego, jaka cechuje całą twórczość Sacher-Masocha, mimo, że typ ten według spostrzeżeń do wyjątku należy, czynią go z pozornie drugo-planowego pierwszorzędnym, a stąd za trafne i uzasadnione należy uważać ujęcie go pod mianem masochizmu, wywiedzionem od drugiego nazwiska autora.

Te dwa zasadnicze dla swej twórczości typy przedstawia autor na tle wtrąconych tu i ówdzie zapatrywań na istotę »miłości« i w ogóle płciowego stosunku mężczyzny i kobiety, zapatrywań, nie pozbawionych pewnej trafności. Zapoznanie się z temi zapatrywaniami, jak również zapoznanie się z stworzonymi przez autora typami jest ważne dla oceny jego twórczości i dlatego niezbędne jest rozpatrzenie się w jego najcelniejszym dorobku literackim.

W przeważającej części krótszych i dłuższych opowieści, opatrzonych dosadnymi tytułami, a objętych po kilka pod jedno zbiorowe miano (np. Historye galicyjskie, Fałszywe gronostaje, Historye o Messalinach Wiednia, Spuścizna po Kainie i t. d.)

służy mu za temat przewodni »miłość, stosunek płci, będący nieśmiertelnym problematem poezyi, wieczną zagadką, o której rozwiązanie ustawicznie się ludzkość stara«. (»Fałszywe gronostaje: Demon dziewiczości«). Rozwiązaniu tej zagadki poświęca on przedewszystkiem pierwszą część swego najszerzej zakrojonego dzieła, zatytułowanego »Spuścizna po Kainie«, którego dwie tylko części w istocie wydał t. j. część pierwszą p. t. »Miłość« i część drugą p. t. »Własność«. Dalsze, niewypracowane części miały nosić miana: »Państwo, Wojna, Praca i Śmierć«. Charakterystycznem jest, że część pierwszą właśnie opracował z największem swojego rodzaju zacięciem i polotem. W prologu do tej części twierdzi, że »nie w obywaniu się, nie w niedostatku tkwi źródło naszej nędzy, lecz w tej wiecznie żywej nadziei szczęścia, które się nie zjawia nigdy i nie może się nigdy zjawić«. Szczęścia tego nie stanowi dla mężczyzny kobieta, za którą tęskni i którą kocha, bo należy sobie to z przykrością uświadomić, iż »przyroda tylko dla tego wszczepiła w nas tę tęsknotę, aby z nas uczynić posłuszne sobie a ślepe narzędzie... dla utrzymania gatunku«. Zdaniem jego »miłość jest tylko bojem obu płci, który one w tym celu wiodą, aby się nawzajem podbić, uczynić swym niewolnikiem, zwierzęciem jucznem, gdyż mężczyzna i kobieta są wrogami z natury«. A jeźli, jak wszelkie żywe istoty, połączą się na chwilę »w słodkiem upojeniu«, aby uczynić zadość woli przyrody, to potem wzajemnie wrogi ich stosunek jeszcze więcej się wzmaga, walka o panowanie ich nad sobą staje się więcej jeszcze bezwzględną i zaciętą. W tem miejscu zwraca się do czytelnika z zapytaniem: »Widziałżeś kiedy większą nienawiść, jak między ludźmi, których niegdyś łączyła miłość, a czy napotkałeś gdziekolwiek więcej okrucieństwa, a mniej zmiłowania, niż między mężczyzną a kobietą?«, a w pytaniu tem zamyka niejako swój pogląd na istotę stosunku obojga płci do siebie, który w następstwie tak jednostronnie wywodzi. Na innem miejscu (w Wenusberg i inne historye o Messalinach Wiednia: »Pod batogiem«) przyznaje sam, że opisywany przezeń stosunek niewolniczo-uległy mężczyzny do kochanki jest nieprawidłowym, lecz dodaje, że »jądro tego stosunku jest prawidłowe, gdyż istnieje jeszcze nie wyjaśnione, lecz już stwierdzone prawo przyrody, wedle którego rozkosz obudza okrucieństwo i na odwrót«. A miłość »ta słodka, tajemnicza siła, która tak nami owłada, że przestajemy myśleć, czuć, chcieć i dajemy się jej unosić bez zapytania: dokąd« (»Wenus we futrze«) jest tylko »cierpieniem, użycie natomiast wybawieniem z cierpienia. Miłość jest niewolą; niewolnikiem staje się, kto kocha. Mężczyzna kochający czuje się poniżonym, rozkoszuje się despotyzmem i okrucieństwem kobiety, całuje jej nogę, którą po nim stąpa« (»Don Juan z Kołomyi«). (C. d. n.)

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

I. posiedzenie naukowe w d. 8. lutego 1907.

1) Dr Jedlička (z kliniki chirurgicznej) przedstawił szereg **rentgenogramów**. Z pomiędzy zdjęć tych zasługują na szczególniejszą uwagę piękne obrazy czaszki, jakoteż zdjęcia, przedstawiające kamienie pęcherzowe.

2) Dr Wein miał odczyt p. t. **„Kilka uwag o poronieniu“**. W odczycie swym dotknął kilku zagadnień, zawsze w położnictwie żywotnych, wypowiedzeniem zaś swego osobistego w każdem z nich zapatrywania wywołał ożywioną dyskusyę. Szczególniej stanowisko prelegenta w sprawie postępowania z ciężarnemi choremi na gruźlicę płuc, było przedmiotem licznych przemówień. Prelegent dzieli ciężarne, chore na gruźlicę, na dwie grupy: zamożne i ubogie. O ile u pierwszych można zdaniem jego zachowywać się wyczekująco, to u drugich powinno się bezwzględnie i to jaknajwcześniej wywołać poronienie. Zapatrywania tego nie podzielił żaden z mowców. Przemawiali: prof. dr Kośmiński, dr Czyżewicz (jun.), dr Obtułowicz, prof. dr Mars, prym. dr Pisek, dyr. dr Starzewski, prof. dr Gluziński.

W. Ziembicki.

XXI. posiedzenie naukowe w d. 7 grudnia 1906.

(Protokół urzędowy.)

Przewodniczący Stachiewicz, protokołuje W. Ziembicki. Obecnych 63 członków, nadto goście: koledzy: Kossak z Litwy, Kowenicki z Warszawy, Kraszewski z Włocławka, biorący udział w tegorocznych kursach dla lekarzy.

I. Kol. Nowicki okazuje preparat anatomiczno-patologiczny z przypadku **ciąży zewnątrzmacicznej**. U zmarłej, kobiety 40-letniej rozpoznano, za życia »krwotok wewnętrzny, spowodowany guzem złośliwym w jamie brzusznej i to najprawdopodobniej nabłoniakiem kosmówkowym), oraz przepuklinę pachwinową lewostronną, uwięzniętą, tak, że przedsięwzięto odpowiedni zabieg chirurgiczny. Przy sekcyi znaleziono (prócz ciężkiej niedokrwistości) guz torbielowaty, wypełniający prawie całą jamę brzuszną, dający się swobodnie obejść, zrośnięty częściowo z trzonem macicy, pokryty licznymi, świeżymi skrzepami. W jamie otrzewnej około $1\frac{1}{2}$ litra płynnej krwi. Po stronie prawej u góry ściana tego guza była pękniętą na długość 12 cm., miejsce pęknięcia pokryte obfitą ilością skrzepów. Po wyjęciu guza wraz z częściami rodnemi okazało się, że wychodzi on z przydatków strony prawej. Jajowodu ani jajnika mimo skrzętnych poszukiwań nie znaleziono. Macica w trzonie silnie zgięta ku stronie lewej, powiększona mniejwięcej w czwórnasób, miękka, w jej jamie błony różowe, miękkie, łatwo oddzielające się (doczesna). Po rozcięciu torbieli okazuje się, że jest ona workiem płodowym, zawierającym płód dług. 49 cm., zwrócony główką ku talerzowi biodrowemu lewemu, pośladkami ku wspomnianemu pęknięciu, a grzbietem ku dołowi. Błony płodowe utrzymane w całości, co należy przypisać ich sprężystości. Łożysko ułożone od dołu, od niego odchodzą naczynia pępkowe, przechodzące w pępowinę znacznie wyżej (*insertio velamentosa*). Pomiędzy błonami, a workiem płodowym, bardzo duży krwiak. Jestto więc ciąża zewnątrzmaciczna, i to, sądząc z ułożenia worka płodowego, jego stosunku do macicy i otoczenia, najprawdopodobniej jajowodowa, i to niewątpliwie 9-miesięczna, kończąca się wreszcie śmiertelnym krwotokiem. Przypadek ten przedstawia prelegent nietylko przez wzgląd na rzadkość tak dalekiego rozwoju ciąży zewnątrzmacicznej, ale i na rozpoznanie, które miało napotykać na znaczne trudności i być przyczyną różnych zdań. (C. d. n.).

Sekcya wadowicka Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Doroczne posiedzenie administracyjne

odbyło się d. 26. stycznia r. b. w Białej w sali Rady powiatowej pod przewodnictwem kol. dra Zawadzińskiego.

1) Przystąpili do sekcyi kol.: dr Karol Szpanbauer z Suchy, dr Czyżyk Ferdynand i dr Kwieciński Maciej z Białej, oraz dr Wechsler Leopold z Oświęcimia.

2) Przewodniczącym na rok 1906 obrano na wniosek kol. Zawadzińskiego kol. Bukowskiego z Wadowic, zastępcą kol. Idzińskiego z Żywca, gospodarzem kol. Zawadzińskiego z Wadowic, sekretarzem naukowym kol. Müllera, administracyjnym kol. Żędzianowskiego, obu z Wadowic. Nadto pozostali w biurze sekcyi kol. Juras z Biały i kol. Bednarski z Alwerni.

3) Uchwalono jeszcze raz, po raz trzeci, odnieść się do Rady zawiadowczej Tow. lek. galicyjskich z żądaniem, aby taż na mocy § 50 statutu wypłaciła Sekcyi na niezbędne potrzeby kancelaryjne i koszta administracyjne kwotę po 2 korony od każdego członka sekcyi.

4) Uchwalono wnioski: *a*) kol. Kwiecińskiego w sprawie unormowania stanowiska i płacy lekarzy miejskich, *b*) kol. Bednarskiego w sprawie partactwa, *c*) kol. Wechslera w sprawie uregulowania normy honoraryów lekarskich.

Za przewodniczącego: *Dr Bukowski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Państwowy Związek organizacyi lek. austr. ostrzega kolegów, którzyby zamierzali ubiegać się o posadę lekarza okręgowego w Libawie czeskiej (Böhmisch-Libau, okręg Littau, Morawy), by we własnym interesie zasięgli wprzód wiadomości w morawskiej Izbie lekarskiej lub w zarządzie organizacyi.

Dr Janeczek, prezes Związku.

Izba lekarska dolno-austryacka wraz z obiema organizacyami lekarskiemi dolno-austr. zobowiązała wszystkich lekarzy swego okręgu do podniesienia honoraryów z d. 1 marca b. r. o 50 prc. i skasowania wszelkiego ich kredytowania. Lekarzom rozesłano celem umieszczenia w poczekalniach odpowiednie ogłoszenia, w których podniesienie honoraryów jest uzasadnione ogólną drożyzną oraz tem, że lekarze gminni dolnoaustryaccy, nie mając dotąd żadnego zabezpieczenia dla swych

rodzin na wypadek śmierci, ani na starość i t. d., muszą sami myśleć o zebraniu jakichś funduszów. Do wszystkich zarządów gmin rozesłano także odpowiednie zawiadomienie. *R.*

Udział lekarzy w wyborach do austryackiej Rady Państwa uważa »Wiener med. Presse« (Nr 6) za użyteczny, o ile chodzi o występowanie na zgromadzeniach przedwyborczych celem poruszania spraw sanitarnych i t. d.; jednakże do tego potrzebaby odpowiedniego przygotowania, podziału ról i t. p., a nie wystarczy teoretyczne wezwanie, ogłoszone przez Izbę lek. wiedeńską. Natomiast występuje »Wiener med. Presse« przeciwko udzielaniu z funduszu organizacyi zasiłków lekarzom kandydującym, tem mniej wybranym już na posłów, oraz przeciwko stworzeniu osobnego czasopisma »organizacyjnego«, na co przedewszystkiem niema jeszcze funduszów. *R.*

Do walki przeciw podwyższeniu opłat telefonicznych wezwała lekarzy swego okręgu Izba lekarska wiedeńska uchwałą z d. 29. I. 1907. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 3. do 9. lutego 1907 doniesiono o 42 przypadkach d u r u p l a m i s t e g o w 10 gminach, a mianowicie pow. Horodenka (Dąbki 2, Horodenka 2, Głuszków 7), Jaworów (Zawadów 5), Kamionka (Sielec 2), Lisko (Manasterzec 5), Nadwórna (Pniów 7, Dobrotów 7), Zaleszczyki (Uścieczko 1), Złoczów (Krasnosielce 4) i 1 przypadku n a g m i n n e g o z a p a l e n i a o p o n w Łodygowicach p. Żywiec. *T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 3. do 9. II. 1907 przypadków: błonicy 7 (w tem obcych —), krztuśca 6, płonicy 4 † 1, odry 21 † 4, duru osutkowego —, duru brzusznego 1 (—), nagminnego zapalenia opon 1. *L.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 3. II. do 9. II. 1907 urodziło się dzieci żywo 62, nieżywo 5; zmarło osób 54 (w tem obcych 19), z tych z gruźlicy 12 (5), zapalenia płuc 9 (1), błonicy — (—), płonicy 3 (2), duru brzusznego — (—), śmiercią gwałtowną 1 (1).

Choroby zakaźne w Krakowie w grudniu 1906. Zgłoszono przypadków odry 9, płonicy 24, błonicy 35, krztuśca 9, gorączki połogowej 1, duru osutk. 1, duru brzusznego 8, czerwonki 1, grypy 1, ogółem 89, w czem obcych 37, leczonych w szpitalach z 17 gmin sąsiednich 14.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w d. 13. II. b. r. mówił dr P i o t r o w s k i Tymoteusz: »W sprawie położnych w naszym kraju. Projekt poprawy stosunków«. W ożywionej dyskusyi przemawiali doc. Braun, prof. Ciechanowski, drdr Karpiński i Schaitter, w końcu prof. Rosner.

— Doroczne zebranie administracyjne Sekcyi wadowickiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbyło się w Białej d. 26. I. b. r. (Sprawozdanie z tego zebrania ob. w dziale »Sprawy Towarzystw lek.« na str. 84).

— Staraniem Kółka przyrodników Uniwersytetu Jagiellońskiego ma wkrótce wyjść w polskiem tłómaczeniu dziełko A. Findlaya p. t. »Chemia fizyczna i jej zastosowania w medycynie i biologii«.

Lwów. Na posiedzeniu krajowej Rady Zdrowia w d. 5. II. 1907 wydano opinię w sprawie okręgów sanitarnych w powiecie borszczowskim i ułożono instrukcyę dla kierowników oddziałów zakaźnych w krajowych szpitalach powszechnych.

Warszawa. Kosztem miasta staje kostnica publiczna (»morgue«), według nowoczesnych wymagań zbudowana i urządzona przy szpitalu praskim. Koszt budynku, który już jest gotowy, wyniósł 50,000 rb., wodociągi, kanalizacya i urządzenie wewnętrzne kosztować mają 43,000 rb. Kostnica posiadać będzie najnowsze, dotąd tylko w Brukseli istniejące urządzenia do przechowywania zwłok (syst. Schambeta), wzorowo urządzone prosektoryum, zaopatrzone w wodę ciepłą i wentylacyę elektryczną, pracownie i t. d.

— Jedną z najmłodszych instytucyi filantropijnych warszawskich jest »Ogólna pomoc lekarska dla ubogich m. Warszawy« (po domach). Z pomocy tej korzystało dotąd średnio 400 chorych miesięcznie. W Warszawie utworzono w dzielnicach, zamieszkałych przez ubogą ludność, 22 rewiry, na Pradze 8.

Wilno. (3. lutego 1907). Gdy ucisk, długo zgniatający na Litwie wszelką próbę pracy społecznej, wreszcie nieco złagodniał, inteligencya, szczególnie wileńska, z zapałem wzięła się do pracy na różnych polach. Najczynniejszy udział wzięli w tej pracy lekarze. Nowopowstałe Towarzystwa, jak »Oświata«, »Przyjaciół Nauk«, »Miłośników wiedzy«, »Sokołów«, w liczbie swych założycieli mają po kilku lekarzy. Lekarze biorą czynny udział w prasie wileńskiej, już to jako założyciele i wydawcy gazet, już to jako współpracownicy. Na czele centralnego komitetu wyborczego stoi dr Witold Węsławski, prezesem Tow. »Sokołów« jest dr L. Czarkowski, zaś wiceprezesem dr Świeżyński. Jedynym kandydatem do Dumy państwowej z Dynaburga jest znany okulista i działacz społeczny dr Kaz. Noiszewski. W ogólności lekarze Polacy w życiu umysłowem kraju naszego grają bardzo wybitną rolę.

— Po płonicy dość ciężkiej, która w jesieni w Wilnie grasowała, miasto nasze nawiedziła z końcem ubiegłego roku ospa, której w ciągu paru tygodni zaregestrowano przeszło 200 przypadków. Popłoch był niemały, bo też i nielada niebezpieczeństwo mieszkańcom groziło. Zapobiegło klęsce masowe szczepienie krowianki, w którymto celu zarząd miejski w 4 dzielnicach Wilna utworzył stacye dla szczepienia. Jakoż ta epidemia już wygasła; za to w styczniu zjawiła się odra, która w krótkim czasie przybrała charakter nagminny, jakkolwiek nie złośliwy. Obecnie mamy nadto epidemię grypy. Ta ogarnęła całe miasto i nie ma domu, gdzieby chorych nie było. Niewątpliwie przyczyną, sprzyjającą szerzeniu się chorób nagminnych, jest zły stan sanitarny miasta, zwłaszcza ulic i domów żydowskich. Wszelkie sanitarne zarządzenia zarządu miasta dotąd będą tylko paliatywami, dopóki Wilno nie posiądzie kanalizacyi.

— Pogotowie ratunkowe w dalszym ciągu pożytecznie pracuje: W r. 1906 Pogotowie udzieliło pomocy lekarskiej w 3,365 przypadkach nieszczęśliwych, lub nagłych zasłabnięć. Znamiennem dla obecnych czasów jest znaczne zwiększenie się w roku ubiegłym liczby poranień różnego rodzaju, zwłaszcza ran ciętych i tłuczonych. Gdy w r. 1905 było zranionych 925, w r. 1906 liczba ich wzrosła do 1,162. Zdawałoby się, że mieszkańcy Wilna, z których niejeden zawdzięcza życie Pogotowiu, podtrzymają tę instytucyę. Tymczasem walczy ona z wielkiemi trudnościami finansowemi, połowa członków nie opłaca wkładek, ofiar prawie nie ma, to też Pogotowie musi dla podtrzymania swego istnienia wymyślać różne zabawy, koncerty, widowiska, loterye i t. d.

— Olbrzymi, z ogromnym kosztem urządzony zakład dla umysłowo-chorych w Wilejce pod Wilnem nie ma szczęścia do naczelnych lekarzy, którzy niemal co rok się zmieniają. Obecnie porzucił służbę naczelny lekarz i kilku ordynatorów, ponieważ władze poczęły czynić oszczędności ze szkodą chorych, zmniejszyły i tak niedostateczną liczbę posługaczów, felczerów i t. d.

— Ogromne wzburzenie w mieście wywołało zamordowanie w d. 15. stycznia na jednej z najludniejszych ulic w biały dzień popularnego w Wilnie dla swej zacności i uczciwości lekarza weterynaryi Witolda Zoera, liczącego zaledwo 35 lat. Mordercą był napewno jakiś rzeźnik, zaś motywem była zemsta za to, że zmarły jako człowiek uczciwy nie zezwalał na nadużycia w rzeźni i na przemycanie nieodpowiedniego mięsa. W pogrzebie wzięło udział całe miasto, zaś na trumnie złożono kilkadziesiąt wieńców, między innymi od Tow. lekarskiego. Zabójcy nie wykryto. Nie pierwszy to już zamach ze strony rzeźników na lekarzy weterynaryi, których życie jest w ciągłem niebezpieczeństwie. Obowiązkiem zarządu miasta jest zapewnić bezpieczeństwo życia swoim uczciwym pracownikom. Dotąd jednak nic w tym względzie nie zrobiono; zadowolniono się »uczczeniem pamięci zmarłego przez powstanie« na posiedzeniu Rady miejskiej. *Dr Władysław Zahorski.*

Z różnych stron. Prezesem »Spolku česk. lek.« na rok 1907 obrano prof. H l a v ę.

— Dr Zenon O r ł o w s k i, współpracownik naszego pisma, uzyskał d. 5. I. 1907 stopień docenta chorób wewnętrznych w Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu.

— »Koło lekarskie polskie« w Petersburgu odłożyło wybór zarządu aż do spodziewanego wkrótce zatwierdzenia przez władze samoistnego »Związku lek. pol.«

— 36. zjazd chirurgów niemieckich odbędzie się w Berlinie 3—6. kwietnia r. b. Tematami obrad będą: 1) Chirurgia serca i osierdzia (spraw. Rehn). 2) Chirurgia płuc (Friedrich). 3) Wyłuszczenie sterczu (Kümmel). 4) Złamanie uda (Bardenheuer i König).

— Abituryenci szkół realnych w Niemczech dopuszczeni zostaną z d. 1. marca b. r. do studyów lekarskich.

— Zakład anatomiczny uniwersytetu moskiewskiego spłonął 5. II. b. r.; ocalono jednakże muzeum, pracownie i bibliotekę.

— Dzienniki odwołują wiadomość o 25-milionowym zapisie bankiera Osirisa dla paryskiego zakładu Pasteura, podając, że zapisał on tylko roczną rentę 70,000 franków na badania chorób zakaźnych.

Mianowani. Dr Józef Zychoń lekarzem klimatycznym w Zakopanem; p. St. Welecki asystentem przy katedrze fizyologii w Krakowie; dr L. Malinowski głównym inspektorem lekarskim w Petersburgu.

Powołani. Chirurg prof. Enderlen z Bazylei do Würzburga (na miejsce Schoenborna); asystent zakład fizyolog. w Würzburgu, dr Overton, na katedrę farmakologii do Lund.

Zmarli: Dr Arnold Drygas z Poznania w Daressalam w Afryce, licząc zaledwo 31 r. ż.; ogłoszone (po polsku i po niemiecku) jego rozprawy (10) świadczą, że z szeregów lekarzy poznańskich ubywa przedwcześnie dzielny pracownik.

Dr Michał Pilcicki, ostatni z żyjących b. profesorów b. szkoły głównej, w Warszawie w 84 roku życia; ukończywszy Akademię lekarską w Petersburgu w r. 1851, pracował jako lekarz szpitali wojskowych od r. 1854 w Warszawie, od r. 1856 w Radomiu; w r. 1857 mianowany prosektorem anatomii w warszawskiej akademii medyko-chirurgicznej, w r. 1862 adjunktem, wnet potem profesorem tego przedmiotu, a równocześnie starszym ordynatorem w wojskowym szpitalu Ujazdowskim; z katedry ustąpił w r. 1875, poczem został lekarzem dywizyi, następnie korpusu, wreszcie jako emeryt osiadł w Warszawie.

Dr Karol Szadek, z Kijowa, jeden z najwybitniejszych dermatologów polskich, w Gries w Tyrolu w 55 r. ż. Urodzony w Żytomierzu, ukończył studya w Kijowie, poczem jako lekarz wojskowy pracował w Tulczynie, Skwirze, brał udział w wojnie rosyjsko-tureckiej; w szpitalu wojskowym kijowskim prowadził czasowo także oddział oczny, później został ordynatorem oddziału chorób skórnych i wenerycznych i w tym dziale medycyny kształcił się w Krakowie, oraz w Wiedniu (u prof. Kaposiego i Neumana). Ogłosił po polsku i po rosyjsku liczne prace z zakresu syfilidologii i dermatologii, wkraczające także w dziedzinę okulistyki, które zjednały mu uznanie i sprawiły, że kandydatura jego na opróżnione nasze katedry dermatologii brana była w rachubę. »Przegląd lekarski« traci w nim wiernego przyjaciela i współpracownika.

Prawie równocześnie ubył z grona naszych lekarzy drugi jeszcze gorliwy pracownik, dr Seweryn Perkowski. Ur. w r. 1845, studyować zaczął medycynę w Szkole głównej, a potem w uniwersytecie warszawskim, jednakże wziąwszy udział w powstaniu styczniowem, musiał kraj opuścić i osiągnął dyplom doktorski dopiero w r. 1869 w Paryżu. Z początku praktykował w Semur w Burgundyi, potem w szeregach francuskich przebył wojnę 1870 r., uzyskując za to obywatelstwo francuskie, następnie osiadł w Beaumont-sur-Sarthe. Po powrocie do kraju (1874) powtórzył egzamina lekarskie (1876) i jako lekarz wojskowy został (1878) ordynatorem w szpitalu ujazdowskim, skąd jednak usunięto go, gdy zaczęło się rugowanie Polaków ze szpitali. Prace jego, ogłaszane po polsku, francusku i rosyjsku, dotyczą różnych działów medycyny, przeważnie jednak chirurgii i to głównie dróg moczowych. Należał do najgorliwszych krzewicieli ćwiczeń fizycznych wśród młodzieży, między innemi był jednym z założycieli warszawskiego Towarzystwa wioślarskiego.

Dr Paweł Wiczewski w Rydze w 48 r. ż.; ukończywszy medycynę w Dorpacie w r. 1889, praktykował naprzód w Rydze, potem w gub. wileńskiej, w Petersburgu, w końcu w Łodzi; dr Piotr Szeremetewski w Moskwie w 67 r. ż., niegdyś lekarz wojskowy, praktykował potem w Płocku; dr Bronisław Baranowski, młodszy lekarz szkoły wojskowej w Moskwie po 25-letniej działalności lekarskiej w 50 r. ż.

Dr med. Alfred Slavik, profesor mineralogii i geologii w politechnice w Pradze, w 56 r. ż.

Redakcya otrzymała: Piasecki: Nowy pulpit zdrowotny. Odb. »Tyg. lek.« 1906. — Sędziak: 1) Zaburzenia nosowo-gardlano-krtaniowo-uszne w przebiegu a) chorób nerek, b) chorób serca i naczyń. Odb. »Now. lek.« 1906. 2) Tosamo (b) po niemiecku. Odb. »Monats. f. Ohrenhk.« 1906. 3) Zaburzenia nosowo-gardlano-krtaniowo-uszne w przebiegu dny. Odb. »Kron. lek.« 1907. — Fuhrmann: Aerztliches Jahrbuch für Oesterreich. 1907 Wiedeń.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 20. lutego o godzinie 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Kol. Kozłowski: »O leczeniu i wyleczalności wiewióra u mężczyzn«. 2) Dyskusya nad odczytem kol. Borzęckiego z d. 6. II. i powyższym.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Arhovin zalicza dr N. Zorn w pracy p. t. »Kasuistische Beiträge z. Behandl. gonorrh. Affectionen«. (*Monatsch. f. Harnkrank. und sex. Hyg.* 1906, Nr 36) do najlepszych środków tego rodzaju. Jestto jeszcze jedno świadectwo pochlebne, jakie uzyskuje arhovina ze strony praktycznych lekarzy. Podobnie, jak inni, podnosi i Zorn niedostateczność wyłącznie miejscowego leczenia w wiewiórze. Potrzeba leczenia wewnętrznego, usprawiedliwiona faktem, że dwoinki napotkać można także w krążeniu krwi chorych, że mamy tu zatem do czynienia z chorobą iście zakaźną, naprowadziła na stosowanie środków balsamicznych, panujących przez czas pewien wyłącznie w lecznictwie, aż się przekonano o drażniącem działaniu środków tych na żołądek, jelita i nerki. Dopiero wprowadzenie nowego połączenia w postaci arhoviny spełnia w zupełności zadanie, jakiego spodziewano się po środkach balsamicznych. Wyniki lecznicze autora są potwierdzeniem uznania, jakie sobie arhovina dotąd zdobyć zdołała. Z. stosował ją w przypadkach ostrego i przewlekłego wiewióra cewki przedniej i tylnej, w ostrem zapaleniu cewki i pęcherza, w nieżycie pęcherza, zapaleniu wiewiórowem sromu i pochwy i w upławach białych na tle wiewióra. Sześć ciekawszych, dokładniej opisanych przypadków, daje obraz działania arhoviny, szybkości, z jaką ustępują bole z jednej, a objawy przedmiotowe z drugiej strony. Obok wewnętrznego podawania 3—6 razy dziennie 1—2 kapsułek po 0·25 gr., wystarczających często same przez się, uciekał się Z. również do leczenia miejscowego zapomocą 5 prc. rozczynu arhoviny w oliwie, przez co uzyskiwał wyłącznie działanie bakteryobójcze, a nie ściągające, co ma swe duże znaczenie. *Hr.*

Lysoform w rozczynie poleca dr Bundt jako najodpowiedniejszy bezwonny środek do odkażania słuchawki i lejka telefonu. Znane są już dość liczne niezbite przypadki, gdzie wskutek niewłaściwego, zbytniego zbliżania ust do lejka następowało zakażenie. I tak dr B. spostrzegał wkrótce po sobie 2 przypadki ropnego zapalenia błony śluzowej jamy ustnej u osób, które użyły tegoż samego aparatu do rozmowy. *Ll.*